ADECA 68

ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION
DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

ADEMAS

La vie devant soi

ASSOCIATION POUR LE DÉPISTAGE
DES MALADIES DU SEIN

F.M.C. dépistage des cancers

novembre 2005

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie

Assurance Maladie des Professions Indépendantes
Caisse maladie régionale d'Alsace

msa
santé
famille
retraite
services

Conseil Général
Haut-Rhin

pré-test

ADECA 68

eve
ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION
DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

ADEMAS
La vie devant soi
ASSOCIATION POUR LE DÉPISTAGE
DES MALADIES DU SEIN

objectifs de la soirée

- dépistage cancer colorectal
  - bilan 1ère campagne ADECA 68
    - résultats
    - questions/réponses
  - lancement 2ème campagne
- impliquer MG dans autres dépistages
  - sein
  - col utérus

novembre 2005

prévention et MG

- prévention est une des missions du MG
- c'est son rôle !
- si MG ne se préoccupe pas de prévention, personne d'autre ne le fera…

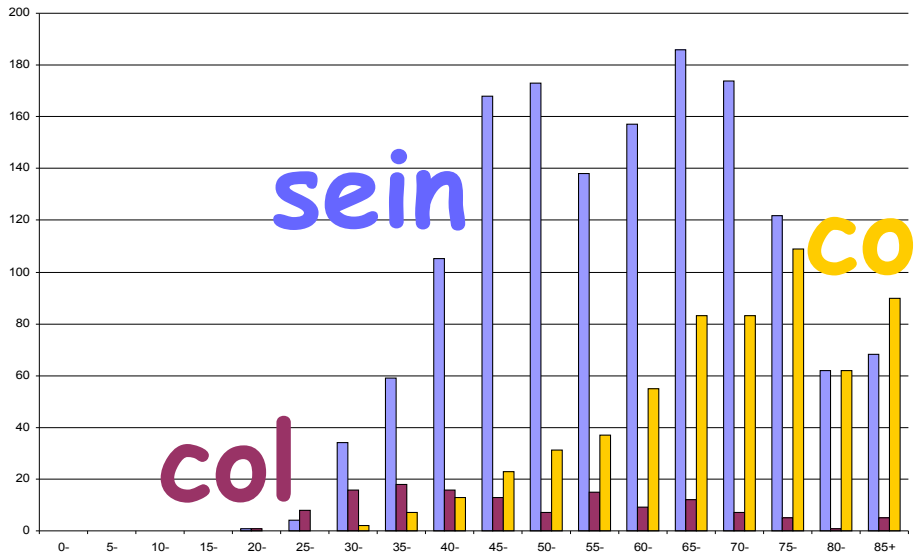
épidémio Haut-Rhin 97-99

	nouveaux cas	décès
colon-rectum	429	210
sein	484	112
col utérus	45	17 ?
mélanome	110	16
prostate	316	95

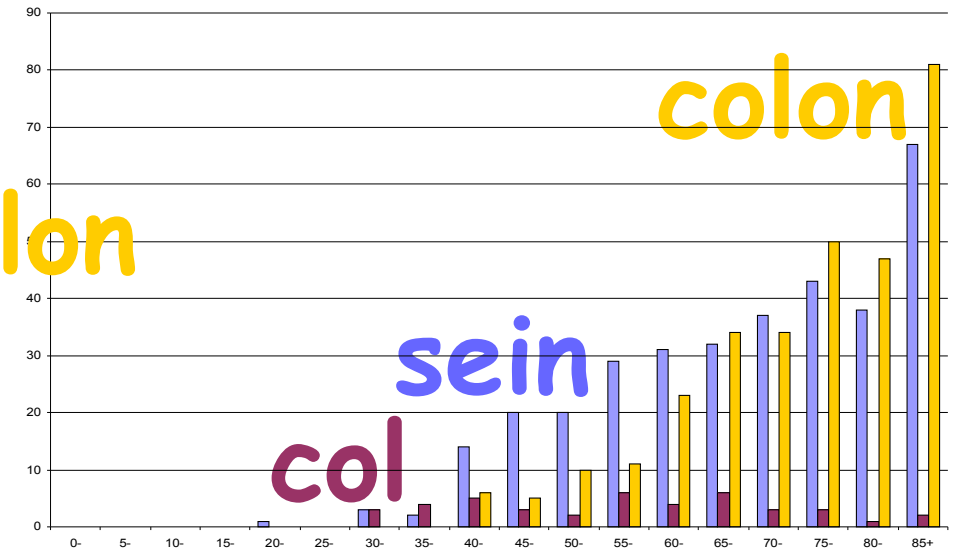
novembre 2005

3 cancers femme / âge

incidence



mortalité



Haut-Rhin – cumul 97 + 98 + 99

novembre 2005

audit dossiers MG - méthodes

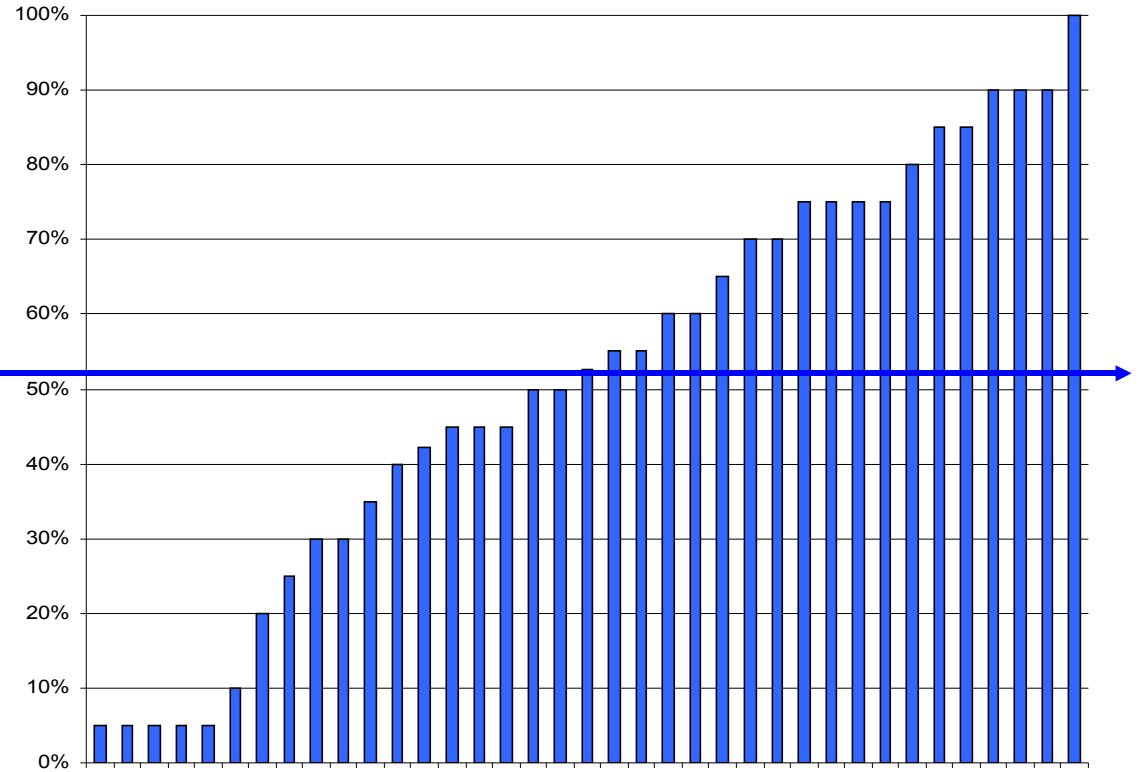
- 37 MG volontaires, 6 groupes de pairs
- auto-évaluation 20 dossiers (10H, 10F)
- dépistage cancers colorectal

  sein

  col utérus

audit dossiers MG - résultats

moyenne 51.3 %



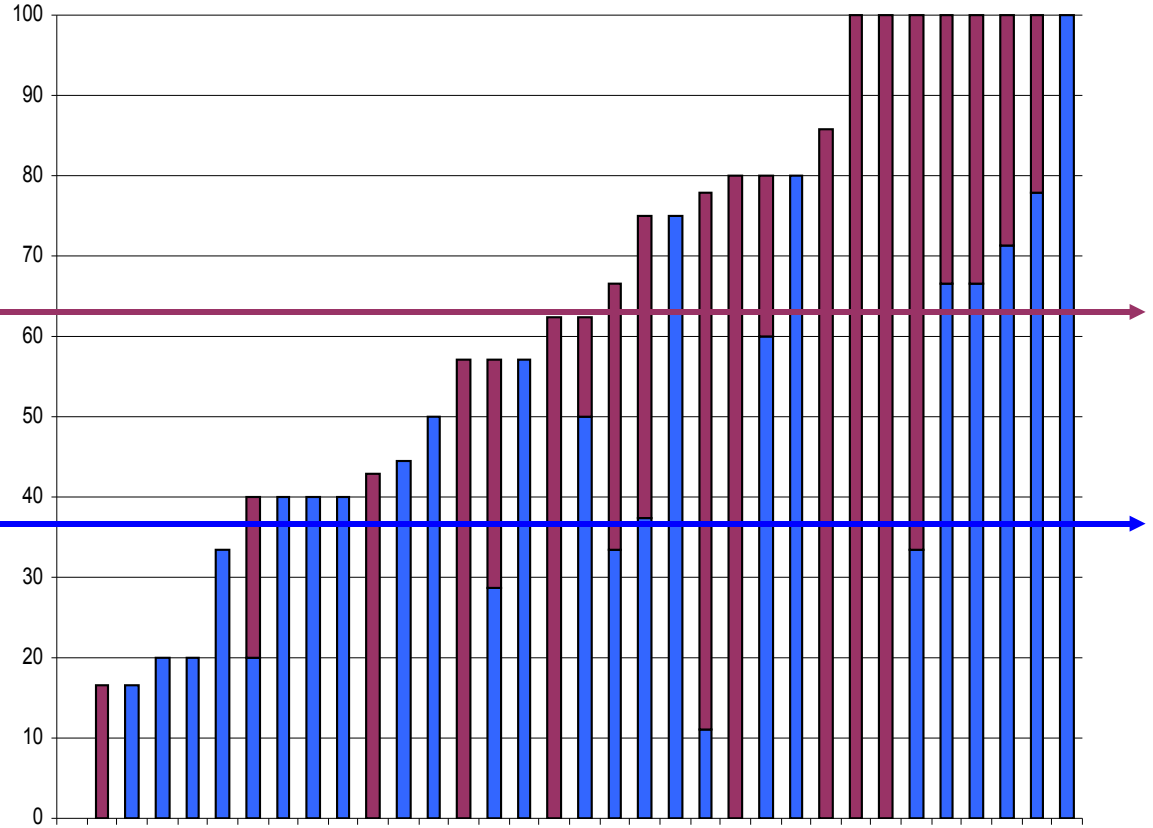
ATCD familiaux CCR renseignés ds dossier

novembre 2005

audit dossiers MG - résultats

mammo + 62.7 %

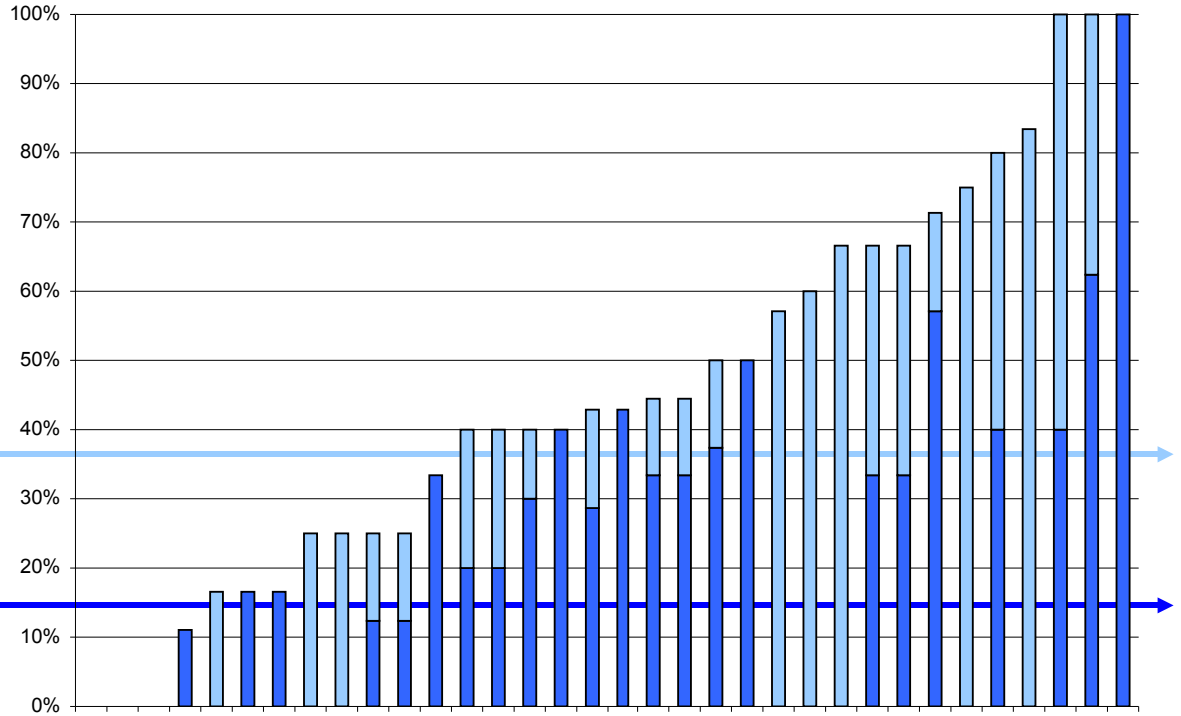
mammo + dossier complet et cf reco 35.3 %



ATCD mammographie

novembre 2005

audit dossiers MG - résultats



frottis + 44.2 %

frottis + dossier complet et cf reco 23.7 %

ATCD frottis

novembre 2005

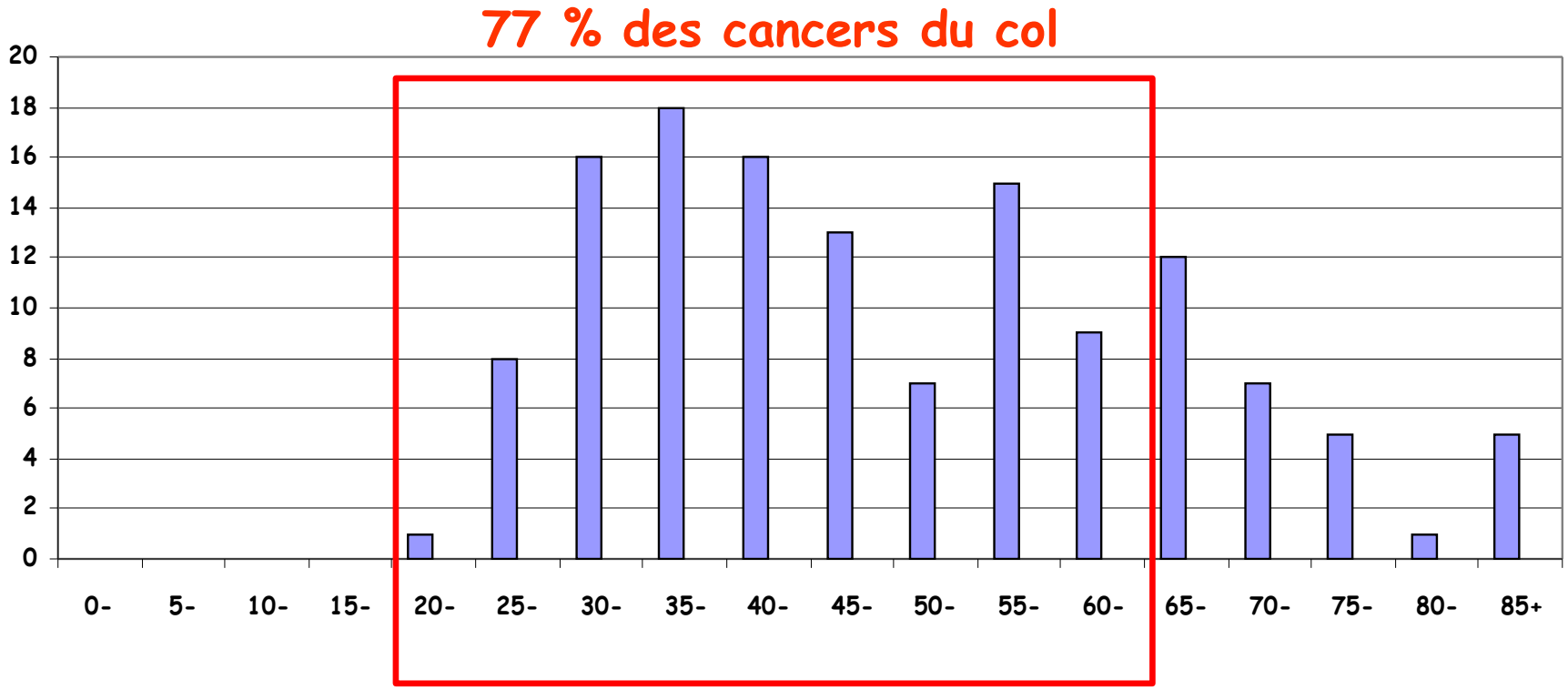
audit dossiers MG - conclusion

- qualité moyenne dossiers MG = insuffisante
- mais très hétérogène: mauvaise → excellente
- nécessaire amélioration
  - renseigner ATCD familiaux et
    dates tests dépistage avec résultats
  - et les actualiser périodiquement
- outil papier proposé en fin de séance

la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en Alsace

ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION
DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

incidence K col utérus / âge - 68



Ces cancers peuvent être évités. Entre le diagnostic de lésion précancéreuse et l'apparition du cancer il s'écoule 10 ans en moyenne

novembre 2005

le constat dans votre canton

- Parmi les femmes âgées de 20 à 65 ans que vous suivez au moins 1 sur 3 n'a jamais eu de frottis.
- Vous, principalement pouvez l'inciter à faire cet examen de dépistage ou le lui faire.
- La répétition de ce frottis à 1an d'intervalle, s'il est normal, réduit le risque de cancer de 90% chez cette « *non participante* ».

➡*Parlez-en à toutes vos patientes !!!!!*

novembre 2005

le frottis en pratique

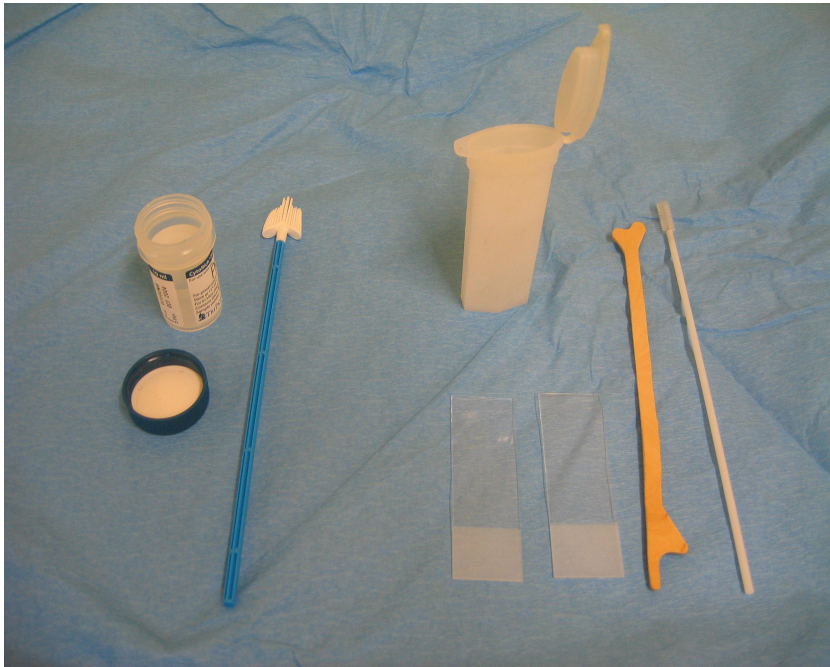
- Qui est concerné ?
  - Toutes les femmes de 20 à 65 ans qui ont eu au moins 1 rapport sexuel.
  - Parfois lorsque l'utérus a été enlevé pour des raisons indépendantes d'une maladie du col, le frottis n'est plus nécessaire.
- A quel rythme pratiquer ce test ?
  - Au début de la surveillance 2 frottis sont réalisés à un an d'intervalle.
  - Si ceux-ci sont normaux, les examens peuvent être espacés **tous les 3 ans**.
- Quand faire le frottis ?
  - En dehors des règles et à distance d'une infection

novembre 2005

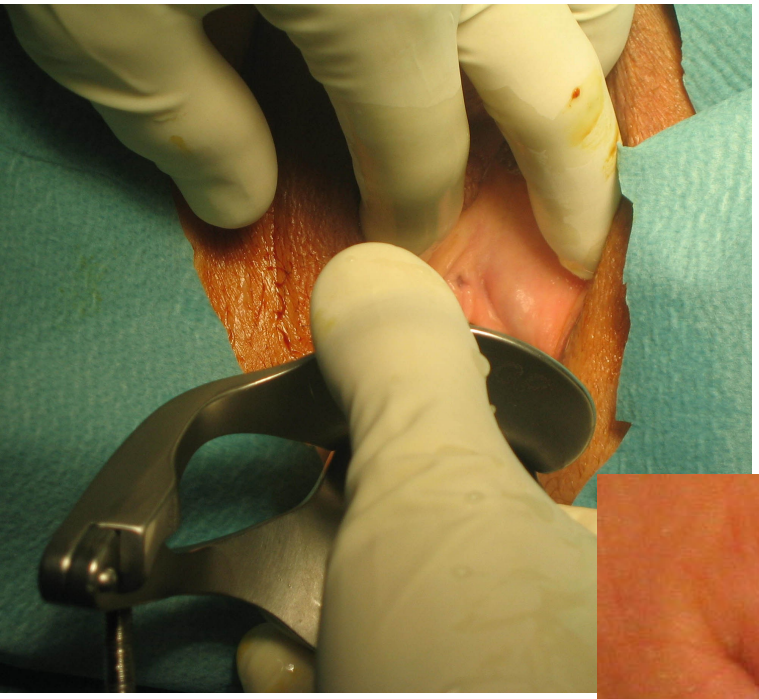
peu d'instruments spécifiques

- Spéculums à usage unique ou à stériliser
- Pinces longuettes et tampons stériles
- Gants d'examen

Matériel de prélèvement du frottis fourni par les laboratoires d 'analyses



un geste simple



Plusieurs structures hospitalières vous accueillent pour un apprentissage pratique

résultats frottis - Haut-Rhin

EVE 0 : frottis non significatif à refaire (3-6mois) 0,4 %

EVE 10 et 20 : dans la limite de la normale 95,3 %

EVE 30 : ASCUS-AGUS **2,9 %**

Atypies des Cellules Squameuses ou Glandulaires d'origine indéterminée

EVE 40 : LIP de bas grade **1,1 %**

Lésion Intra-épithéliale Pavimenteuse de bas grade

EVE 50 : LIP de haut grade **0,3 %**

EVE 60 : carcinome **0,02 %**

prise en charge diagnostique des anomalies cytologiques

COLPOSCOPIE D'EMBLEE

- cellules carcinomateuses	EVE 60-62
- LIP de haut grade	EVE 50
- ASC-H : haut grade non exclu	EVE 32
- anomalies glandulaires	EVE 35-38

PLUSIEURS OPTIONS

- ASC-US	EVE 30-31
- LIP de bas grade	EVE 40

Remarque : pas de traitement sans preuve histologique ➡colposcopie préalable

novembre 2005

corrélations cyto-histologiques

- **Analyse des données basées sur une comparaison cyto-histologique faite au plus tard 6 mois après le frottis**

- **Les biais : imprécision de la biopsie, sélection des cas d'exérèse**

	fréquence	prévalence CIN
HG		
ASC-US	1- 5 % *(3-25%)*	8 %
ASC-H	0,1- 0,5 % *(35-45%)*	40 %
LIP de bas grade	1,5 - 2,5 %	20 %

trois options diagnostiques pour les ASC –US Eve 30 et 31

- Colposcopie d'emblée
- Contrôle cytologique à 6 mois
- Triage par typage viral

deux options diagnostiques pour les LIP de bas grade Eve 40

- Colposcopie d'emblée
- Contrôle cytologique à 6 mois

novembre 2005

modalité de la surveillance cytologique

contrôle cytologique
à 6 mois

frottis normal

(3 frottis successifs)

rythme de surveillance habituel après 2 ans*

frottis anormal
(atypique ou LIE)

colposcopie

* **Colposcopie immédiate en cas d'anomalie quel que soit le délai ou la sévérité**

novembre 2005

les lésions découvertes par la campagne EVE en ALSACE

	BAS-RHIN démarrage 1994	HAUT-RHIN démarrage 2001
Lésions précancéreuses sévères	2 428	323
Cancers	283	39

novembre 2005

conclusions

Les résultats obtenus par LA CAMPAGNE EVE nous encouragent à poursuivre nos efforts en vue d'une meilleure participation des femmes.

La simplicité du frottis et son efficacité dans la prévention du cancer du col devraient vous inciter à en parler à TOUTES LES PATIENTES que vous suivez.

L'association EVE vous soutient dans cette démarche.

Contact : 0800 749 749 (appel gratuit)

novembre 2005

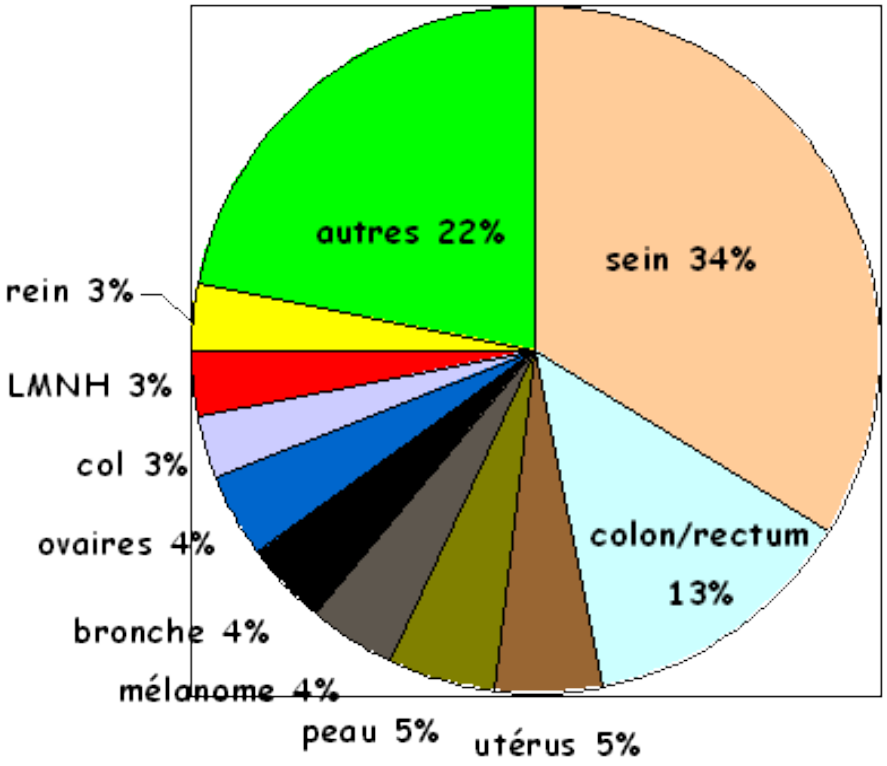
la campagne de dépistage du cancer du sein en Alsace

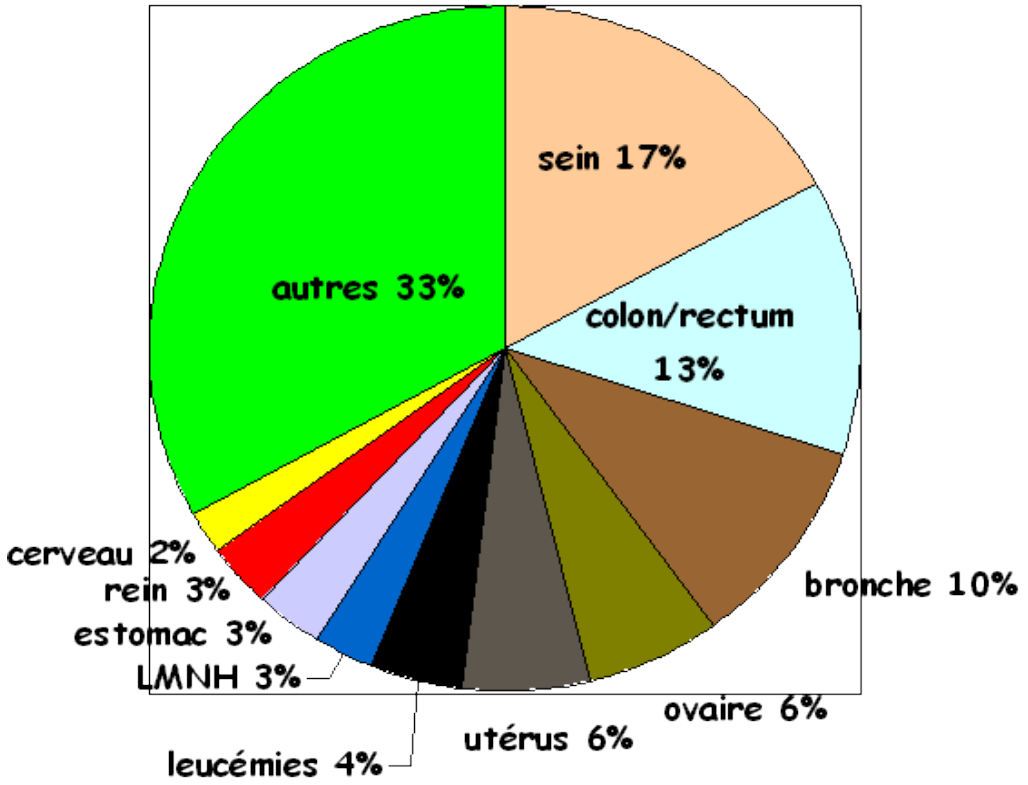
ADEMAS

La vie devant soi

ASSOCIATION POUR LE DÉPISTAGE
DES MALADIES DU SEIN

répartition de l'incidence des cancers en Alsace (source : Registre des cancers du Bas-Rhin et du Haut-Rhin 1999)





3705 nouveaux cas

Dont 1260 cancers sein

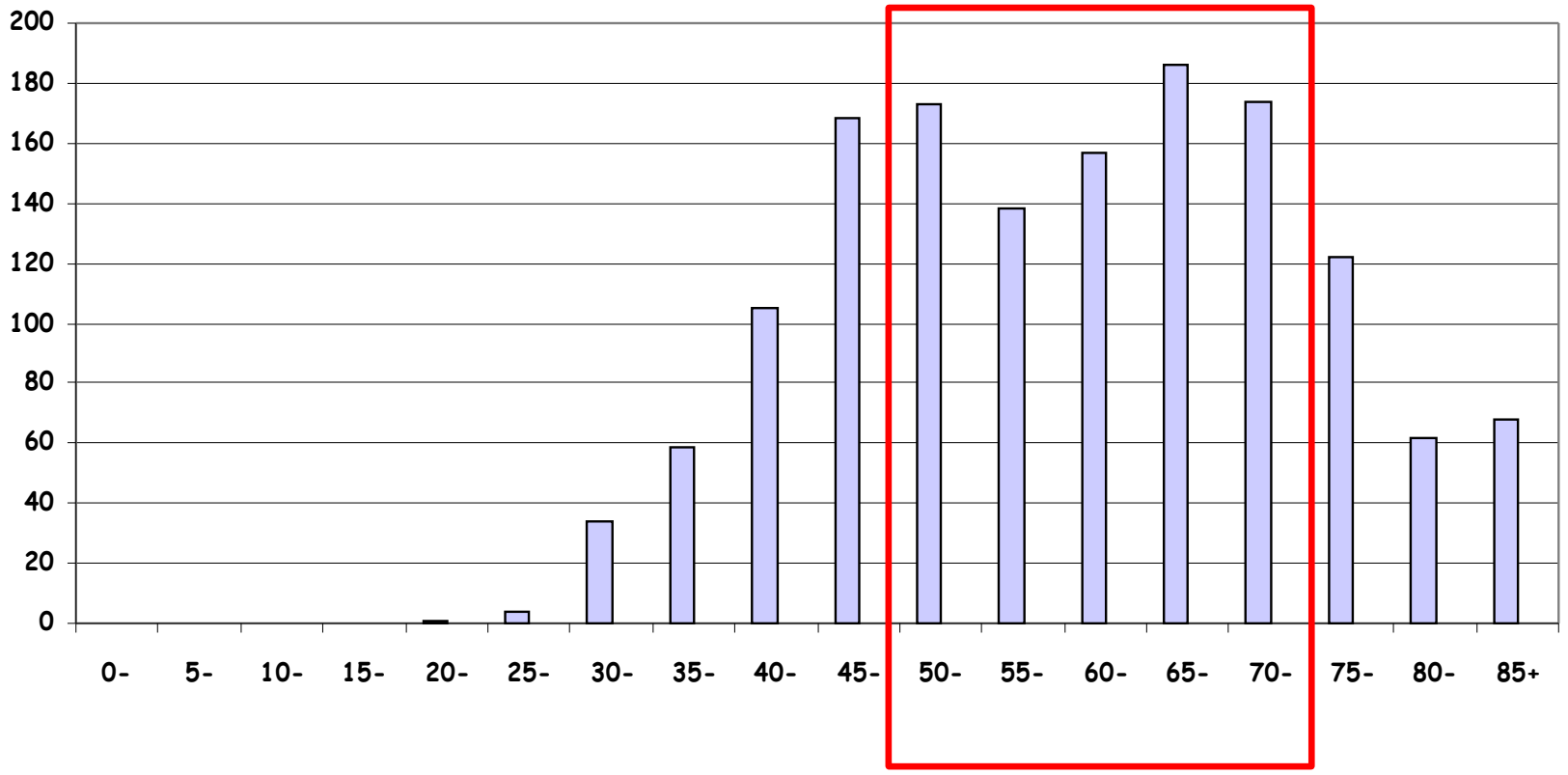
1641 décès

Dont 279 par cancer sein

novembre 2005

incidence K du sein / âge - 68

57 % des cancers du sein



novembre 2005

intérêt du dépistage du cancer du sein par mammographie

- Efficacité sur la mortalité relative : 30% dans les essais suédois
  - Limites et difficultés d'interprétation
- Autres bénéfices du dépistage
  - Traitements moins lourds
  - Meilleure qualité de vie
  - Équité d'accès

risques du dépistage du cancer du sein par mammographie

- Faux positifs
  - Diminution fidélisation
  - Anxiété
  - Mise sous surveillance
- Faux négatifs
  - Diminution sur la sensibilité
  - Retard au diagnostic

  Rq : tout cancer d'intervalle n'est pas un faux négatif
- Avance au diagnostic
- Surdiagnostic et surtraitement

↳ **Programme national avec assurance qualité, contrôle continu et évaluation**

intérêt du dépistage organisé du cancer du sein

- invitations et prise en charge totale tous les deux ans ⇒ *équité d'accès, respect du rythme des examens*
- deuxième lecture des clichés considérés comme normaux par le 1er radiologue
  ⇒ *diminuer les faux négatifs, augmenter la sensibilité*
- suivi et évaluation continue
  ⇒ *éviter les perdus de vue, surveillance des critères précoces d'efficacité*
- formation des radiologues et contrôle de qualité semestriel des appareils

novembre 2005

organisation du dépistage du cancer du sein en France

- Jusqu'en 2001 : 32 départements
  - ***Modalités différentes***
  - ***Critères d'efficacité bons sauf participation***
  - ***Leurs expériences ont servi à l'élaboration des nouveaux cahiers des charges***

- Généralisation du dépistage selon un arrêté du 27/9/2001
  - **Cahiers des charges**
  - **Convention type entre l'assurance maladie et les radiologues :**
    - **Formation des radiologues et des manipulateurs**
    - **Contrôle qualité et matériel conforme**
    - **2ème lecteur**
    - **Tiers payant avec ETM**
  - **Structures de gestion en charge du pilotage quotidien du programme : ADEMAS-ALSACE (2 sites à Illkirch et Mulhouse)**

modalités pratiques

- Qui ? TOUTES les femmes de 50 à 74 ans
  - Sauf :
    - Mammo depuis moins de 2 ans
    - symptôme hautement suspect
    - Cancer du sein
    - Suivie pour image anormale
    - Facteurs de risque importants : HEA, NLIS, gène de prédisposition ou proba élevée de l'avoir
- examen mammographique tous les 2 ans avec examen clinique
- Où ? chez un radiologue conventionné pour le dépistage

  dans le Haut-Rhin = tous
- Comment ?
  - Directement
  - *Sur invitation de son médecin*
  - Sur invitation de la SG

novembre 2005

réalisation de l'examen

- *Coordonnées d'un médecin pour l'envoi des résultats et le suivi (MG et gynéco) sur la fiche de liaison*
- 2 incidences par sein + Examen clinique
- Incidences complémentaires si besoin (profil, comprimé, centré)

  ⇒ résultat 1ère lecture : ACR 1 ou 2

  →envoi des clichés et de la fiche à la SG pour 2ème lecture

  ⇒ résultat 1ère lecture : Anomalie (ACR 0) = bilan complémentaire immédiat (agrandissement, écho, …)

  →bilan ACR 1 ou 2 : 2ème lecture à la SG

  →bilan ACR 3, 4 ou 5 : 1 cliché et CR à la SG

  le radiologue et le médecin définissent la suite des examens avec la patiente

A L'ADEMAS-ALSACE

- 2ème lecture des clichés par des radiologues volontaires spécialisés
- Contrôle de la qualité des clichés (renvoi éventuel)
- *Résultat 2ème lecture envoyé aux médecins*, au radiologue et à la femme (24h plus tard) :
  - ACR 1 OU 2 → nouvel examen dans 2 ans
  - ACR 0, 3, 4 ou 5 pour le 2ème lecteur → *examens complémentaires nécessaires organisés par le médecin*
- Suivi des examens complémentaires *(demande d'information aux médecins)*

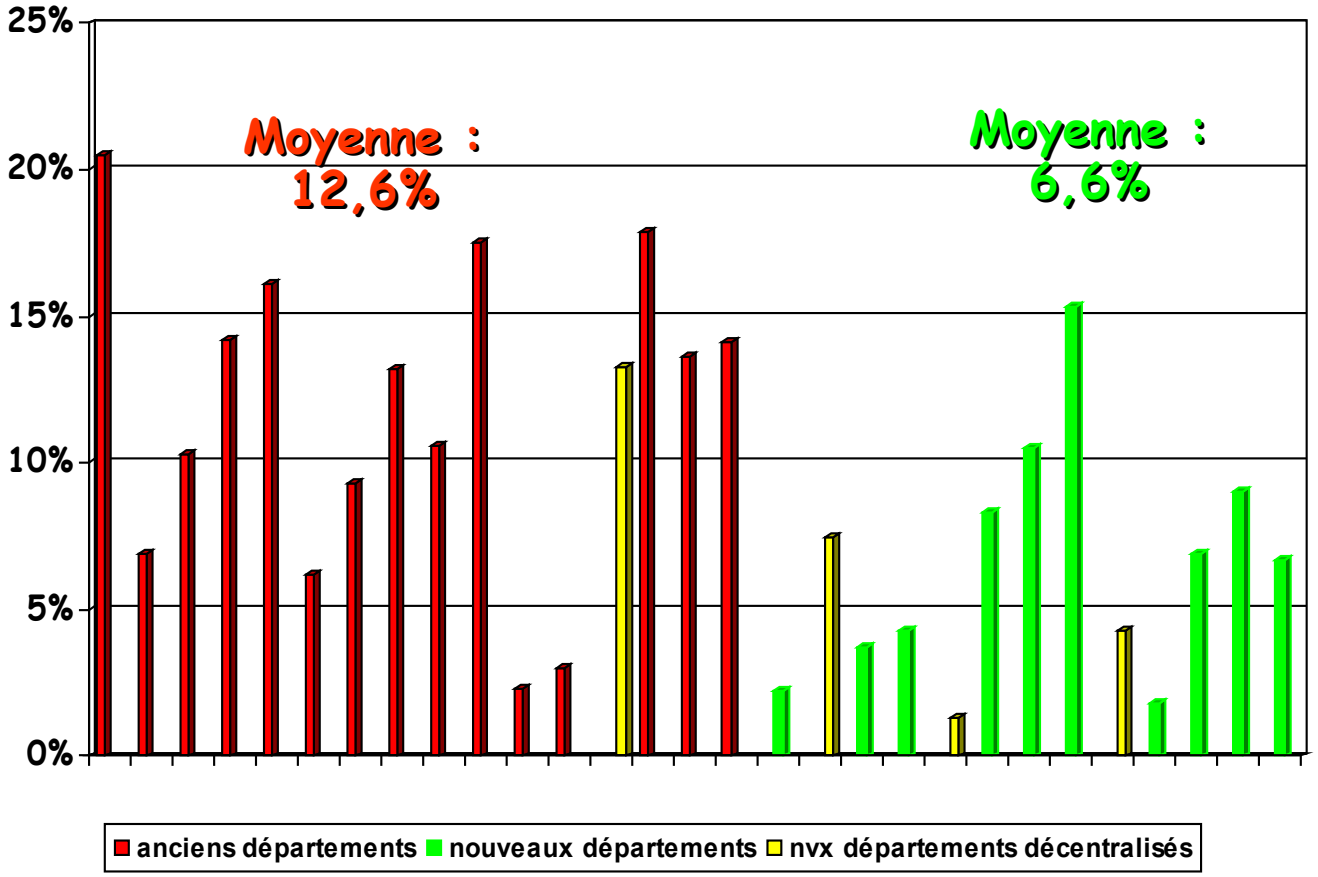
classification ACR (proposée par l'ANAES d'après l'American College of Radiology)

- ACR 0 : investigations complémentaires nécessaires (classification d'attente)
- ACR 1 : mammographie normale
- ACR 2 : anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire
- ACR 3 : anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée
- ACR 4 : anomalie suspecte qui nécessite une vérification histologique
- ACR 5 : anomalie évocatrice de cancer

participation du programme français en 2004 : 40%

Bretagne		60%
Limousin		56%
Pays de Loire		55%
Auvergne		53%
Haute-Normandie		48%
Alsace		47%
	Bas Rhin	53%
	Haut Rhin	38%
…		
Ile de France		31%
Lorraine		26%

les cancers vus par les L2
(SFSPM novembre 2004)

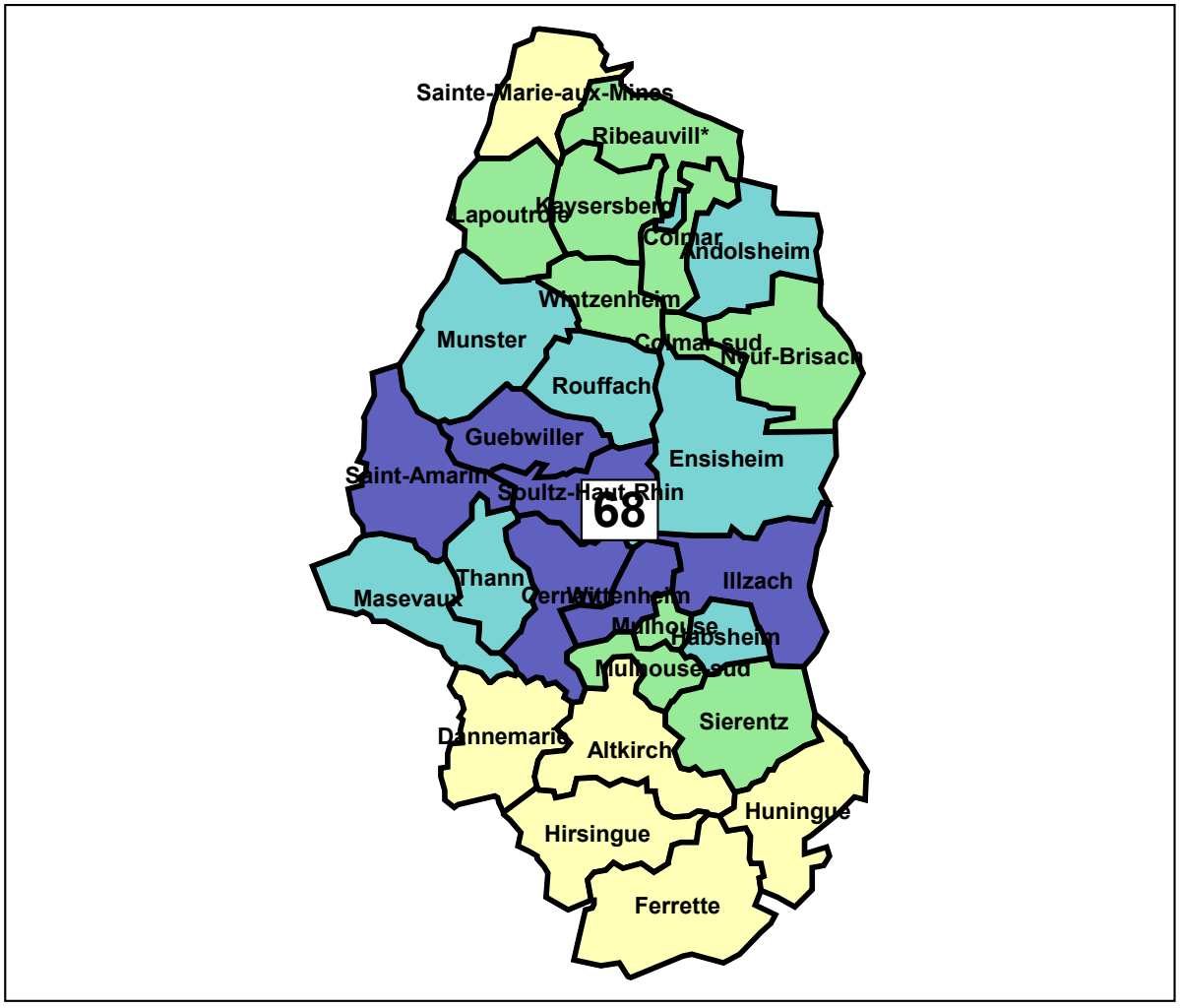


dans le Haut-Rhin : nombre de mammographies au 30 septembre 2005

	1er examen	Examens ultérieurs	Total
2002	1336	7	1 343
2003	11 909	40	11 949
2004	16 738	1316	18 054
2005	8 971	5291	14 252
	38 954	6654	45 608

novembre 2005

participation dans le Haut-Rhin 2002 - 2004



novembre 2005

Participation dans l'arrondissement de Thann (au 31 décembre 2004)

HAUT-RHIN	35 %
Cernay	49 %
Masevaux	42 %
Saint Amarin	46 %
Thann	44 %

Participation dans le Haut-Rhin par âge (au 31 décembre 2004)

Age	Taux de participation Après une campagne
50 - 54 ans	38 %
55 - 59 ans	42 %
60 - 64 ans	38 %
65 - 69 ans	34 %
70 - 74 ans	13 %
HAUT-RHIN	35%

les délais

- Dans le Haut-Rhin :
  - Envoi des mammographies à la SG : 6,6 jours (6,4 en 2003)
  - Envoi des courriers : 75% dans les 14 jours et 94% dans les 21 jours

indicateurs d'efficacité dans le Haut-Rhin (au 31 juillet 2005)

	1ère vague	V. ultérieures
Nbre dépistages	37 733	5 299
Taux + L1	17 %	10,5 %
Taux + L2	1,2 %	1 %
Opérées	238	4
Cancers	195	4
% C. vus par L2	7,2 %	
Tx. détection	5 pour 1000	
VPP chir.	81 %	
Mammotome	31	1

les cancers dépistés au 31 juillet 2005

	Bas-Rhin		Haut-Rhin
	1er examen	examens ultérieurs	1er examen
nombre total	79	286	195
% CCIS	21,5%	13,3%	12,4%
T =< 10mmm (infiltrants)	29,1%	40,1%	39,4%
N- (infiltrants)	61,5%	74,1%	70,5%
mammectomie	30,9%	26,8%	20,4%

novembre 2005

en conclusion

- Le DO c'est une AQ pour la femme et le médecin
  - Formation et contrôle qualité
  - 2ème lecture
  - Evaluation continue
  - Suivi et invitations régulières
- Mais le DO a besoin de vous
  - Pour parler de la mammographie aux femmes qui n'en font pas
  - Pour « vendre » le DO à celles qui font des mammographies en DI

premiers résultats de la campagne ADECA 68

First results of a pilot population-based faecal occult blood colorectal cancer screening program

B. DENIS, P. PERRIN, J.F. EBELIN, P. WEBER, E. KALTENBACH, P. SAFRA, M. MARIOTTE, J.Y. VOGEL.

Association pour le Dépistage du Cancer colorectal dans le Haut-Rhin (ADECA 68), 39 avenue de la Liberté, Colmar, FRANCE

Abstract

Despite strong evidence that screening reduces both colorectal cancer (CRC) mortality and incidence, CRC screening remain underutilized.
Aim : to report the first results of a population-based pilot faecal occult blood (FOBT) CRC screening program.
Methods : this program took place in the French area of Haut-Rhin (710 000 inhabitants). All 627 general practitioners (GP) were invited to attend paid educational meetings on CRC screening. The screening test used for average risk persons was a biennial non rehydrated FOBT (Hemoccult II) without dietary restriction. Residents aged 50-74 years were invited twice by mail to visit their GP for a CRC screening. The recall letter included a reply coupon which could be used to specify reasons for non participation. FOBT were provided free of charge by the GPs.
Results : after 19 months, 608 GPs (97%) followed a CRC screening training, 78 % of them attended dedicated meetings. 185 863 persons (99.2%) received the first invitation letter and 103 860 (55.3%) the recall letter. 15 642 (8.3%) persons were excluded for medical reasons (high risk of CRC, concurrent severe disease). 618 (98.6 %) GPs provided tests, 84.3 % of them being completed. Each GP had a mean number of 100 persons having completed a FOBT (range 1 - 589). 68 777 persons (36.7%) completed a FOBT. Participation was higher in women (38.3%) than in men (35%)(p<0.001) and ranged from 26.3% to 51.8% according to districts. The impact of the first letter lasted a mean of 6 months and led to 59% of the global participation, that of the recall letter lasted 6 months and led to 30% of the overall participation and 55% of all exclusions. FOBT positivity rate was 3.6%. It was higher in men (4.3%) than in women (3.1%)(p<0.001). The positive predictive value calculated on the 1705 first colonoscopic procedures was 9.8% for CRC (7.2% in women, 12% in men), 19.9% for advanced adenomas (13.7% in women, 25.1% in men) and 11.7% for non advanced adenomas. 26.3% of CRC were in situ. One perforation was recorded.
Conclusion : GP's awareness of CRC screening can be increased to a high level. CRC screening rates can be enhanced through a population-based screening program when GPs are motivated and involved. Efforts should be directed at men in the 2nd half of our program, since their participation is lower than women despite a higher CRC risk. Our first results indicate that a participation rate of 60 % should be launched at the end of the program.

Background

Despite strong evidence that screening reduces both colorectal cancer (CRC) mortality and incidence, CRC screening remain underutilized

Aim

to report the first results of a population-based pilot faecal occult blood (FOBT) CRC screening program.

Methods

- This program took place in the French area of Haut-Rhin (0.71 million inhabitants).
- All 627 general practitioners (GP) were invited to attend paid educational meetings on CRC screening.
- The screening test used for average risk persons was a biennial non rehydrated FOBT (Hemoccult II) without dietary restriction.
- Residents aged 50-74 years were invited twice by mail to visit their GP for a CRC screening. The recall letter included a reply coupon which could be used to specify reasons for non participation. 12 to 15 months after the 1st invitation, FOBT were mailed to persons who didn't complete the test and a last recall letter was sent if necessary 6 weeks later.
- FOBT analysis was centralized in the Centre d'Examens de Santé of the CPAM in Mulhouse
- FOBT were provided free of charge. Financing was ensured through the French Social Security and the Haut-Rhin Administration (Conseil Général du Haut-Rhin).
- Start of the program was spread out according to districts over a year from September 2003 to September 2004. Results below are those assessed in September 2005, 24 months after the mailing of the first invitations.

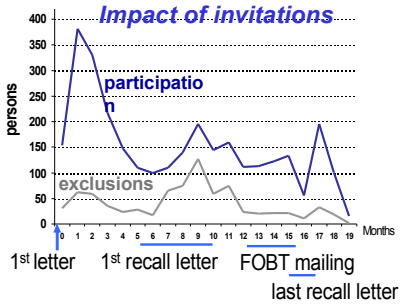
Results : GP's involvement

CRC screening training
608 GPs (97 %) followed a CRC screening training
- 75.6 % attended dedicated meetings
- 21.4 % had an individual training

FOBT distribution
618 GPs (98.6 %) provided FOBT
- mean number of persons having completed a FOBT = 108 / GP (range 1 – 472)
- 85.1 % of the FOBT provided by GPs were completed

Results : invitation / exclusion / participation

invited population	
population aged 50-74 years	**187,147**
1st invitation letter	187,147 (100 %)
recall letter	125,958 (67.3 %)
FOB test mailing	74,178 (39.6 %)
exclusions	
recent CRC screening	10,103 (5.4%)
high risk of CRC	4,885 (2.6%)
concurrent severe disease	654 (0.3%)
total population excluded	**18,718 (10.0 %)**
participation	
crude participation	84,687 (45.3 %)
adjusted participation	**84,687 (50.3 %)**



Results : FOBT / colonoscopy

FOBT: 84,687 tests completed
- 2,897 (3.4 %) positive
- 2,737 (3.3 %) uninterpretable, 1,869 (74.7 %) were completed again
- 83.8 % of positive FOBT were followed by a colonoscopy

Colonoscopy: 2,272 recorded
- 95.3 % complete
- 5 complications recorded :
  - 1 perforation
  - 2 bleeding
  - 2 abdominal pain

Results : diagnostic yield

FOBT positivity rate	3.4 %
PPV for neoplasia	42.3 %
PPV for cancer	10.0 %
PPV for advanced adenoma	21.0 %
detection rate for neoplasia	11.4 ‰ screened
detection rate for cancer	2.6 ‰ screened
detection rate for advanced adenoma	5.6 ‰ screened

CRC stages	n (%)
in situ	**44 (26.3%)**
invasive	**123 (73.7%)**
stage 1	37 (51.4%)
stage 2	16 (22.2%)
stage 3	14 (19.4%)
stage 4	5 (6.9%)
stage unknown	51

Results according to age

	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
total exclusions %	4.6	7.8	9.4	11.1	12.8
crude participation %	27.3	35.9	40	41.4	44
adjusted participation %	**28.7**	**39**	**44.1**	**46.5**	**50.4**
FOBT positivity rate %	**2.8**	**3.4**	**3.8**	**4.2**	**4.7**
PPV for neoplasia %	41.3	37.8	45.1	50.3	45.7
PPV for cancer %	**6.3**	**8.6**	**12**	**11**	**13.2**
PPV for advanced adenoma %	20.9	18.2	20.9	26.1	21.8
detection rate neoplasia ‰	7.3	8.6	11.2	14.5	14.8
detection rate cancer ‰	**1.1**	**2**	**3**	**3.2**	**4.2**
detection rate advanced adenoma ‰	3.7	4.1	5.2	7.5	7.1

Results according to gender

	men	women	p
total exclusions	**8,869 (9.8%)**	**9,849 (10.2%)**	**< 0.01**
recent CRC screening	4,467 (4.9%)	5,636 (5.9%)	< 0.01
high risk of CRC	2,616 (2.9%)	2,269 (2.4%)	< 0.01
concurrent severe disease	334 (0.4%)	320 (0.3%)	NS
crude participation	**43.3%**	**47.1%**	**< 0.01**
adjusted participation	**48.0%**	**52.5%**	**< 0.01**
FOBT positivity rate	**4.1%**	**2.9%**	**< 0.01**
PPV for neoplasia	**645 (51.8%)**	**317 (30.9%)**	**< 0.01**
PPV for cancer	154 (12.4%)	73 (7.2%)	< 0.01
PPV for advanced adenoma	337 (27.0%)	141 (13.7%)	< 0.01
detection rate for neoplasia	**16.4 ‰**	**7.0 ‰**	**< 0.01**
detection rate for cancer	3.9 ‰	1.6 ‰	< 0.01
detection rate for advanced adenoma	8.6 ‰	3.1 ‰	< 0.01

Conclusions

- GP's awareness of CRC screening can be increased to a high level.
- when GPs are involved and motivated, CRC screening rates can be enhanced a lot through a population-based screening program.
- Our first results indicate that an adjusted screening rate of 60 % should be launched at the end of the program.
- Efforts should be directed at men, since their compliance is lower than women despite a higher CRC risk.

13th United European Gastroenterology Week, Copenhagen, 19 october 2005

implication des MG

Merci, merci, merci,

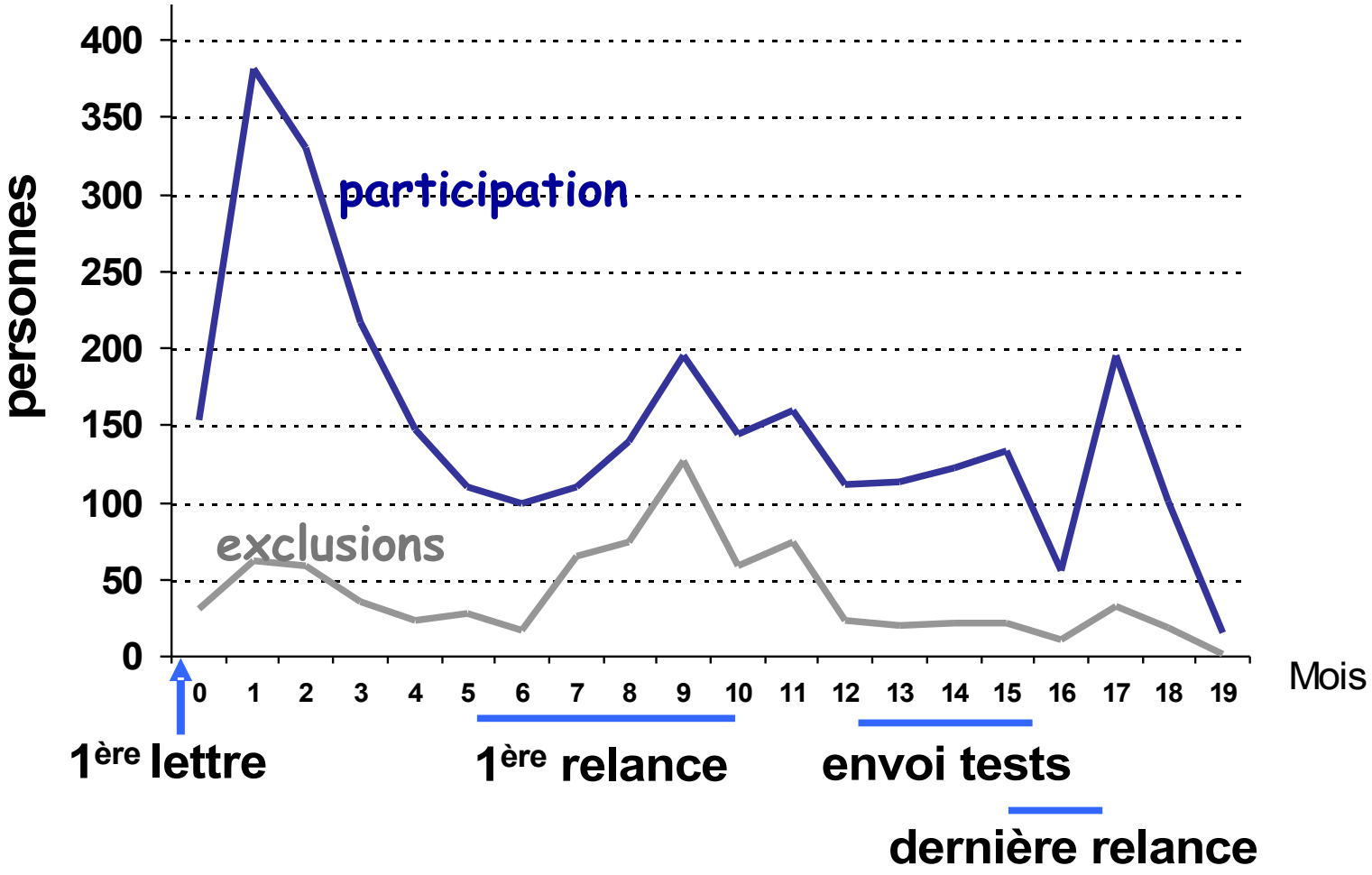
merci, merci, merci,

merci, merci, merci…

implication des MG

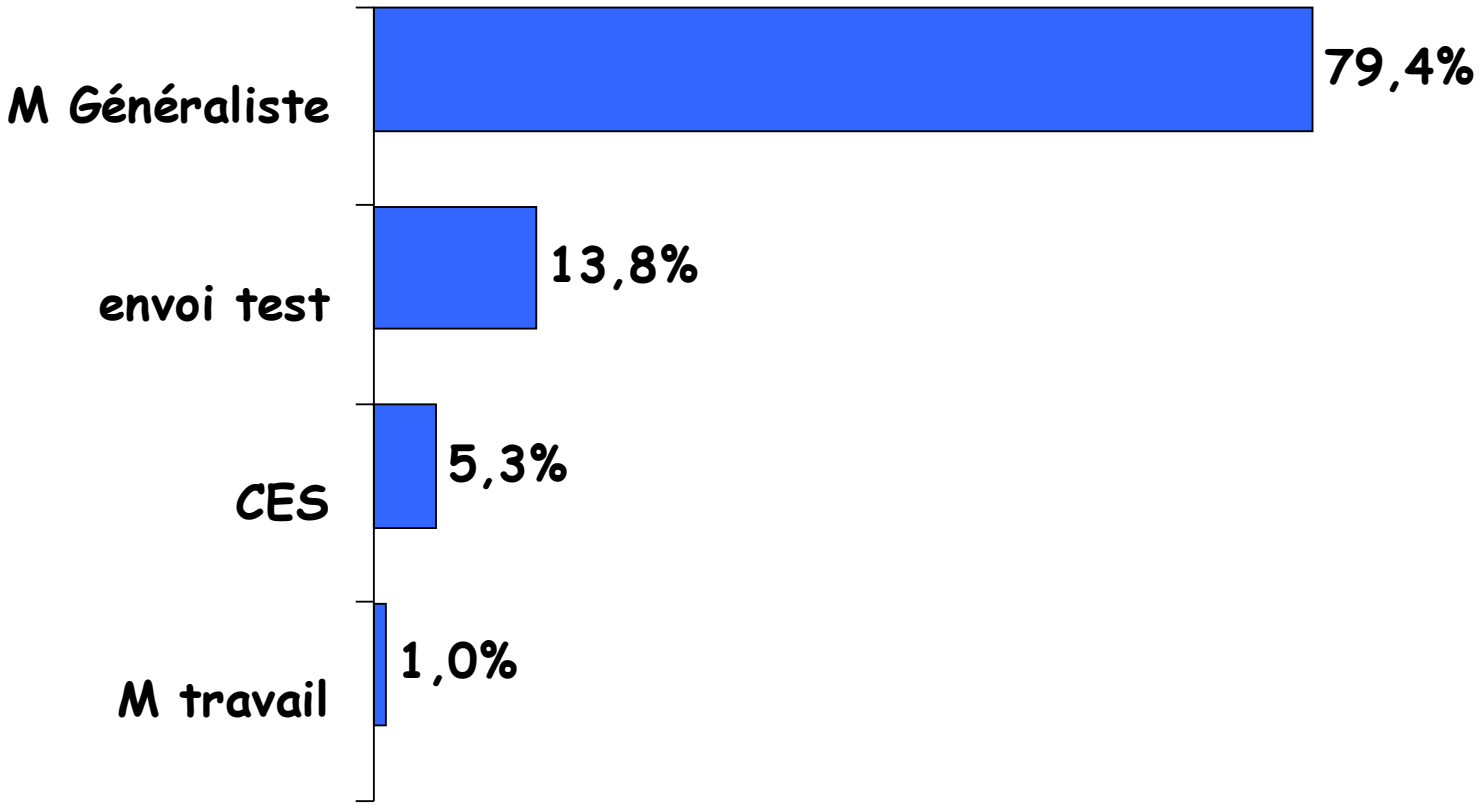
- 608 (97 %) MG formés
- 618 (98,6 %) MG participent
- moyenne 108 tests lus / MG (0 – 472)
- 85.1 % des tests distribués sont faits
- 83.8 % des tests + sont suivis / colo

impact des invitations



novembre 2005

répartition tests réalisés / prescripteurs



novembre 2005

exclusions Haut-Rhin

3 novembre 2005: 18929 exclusions

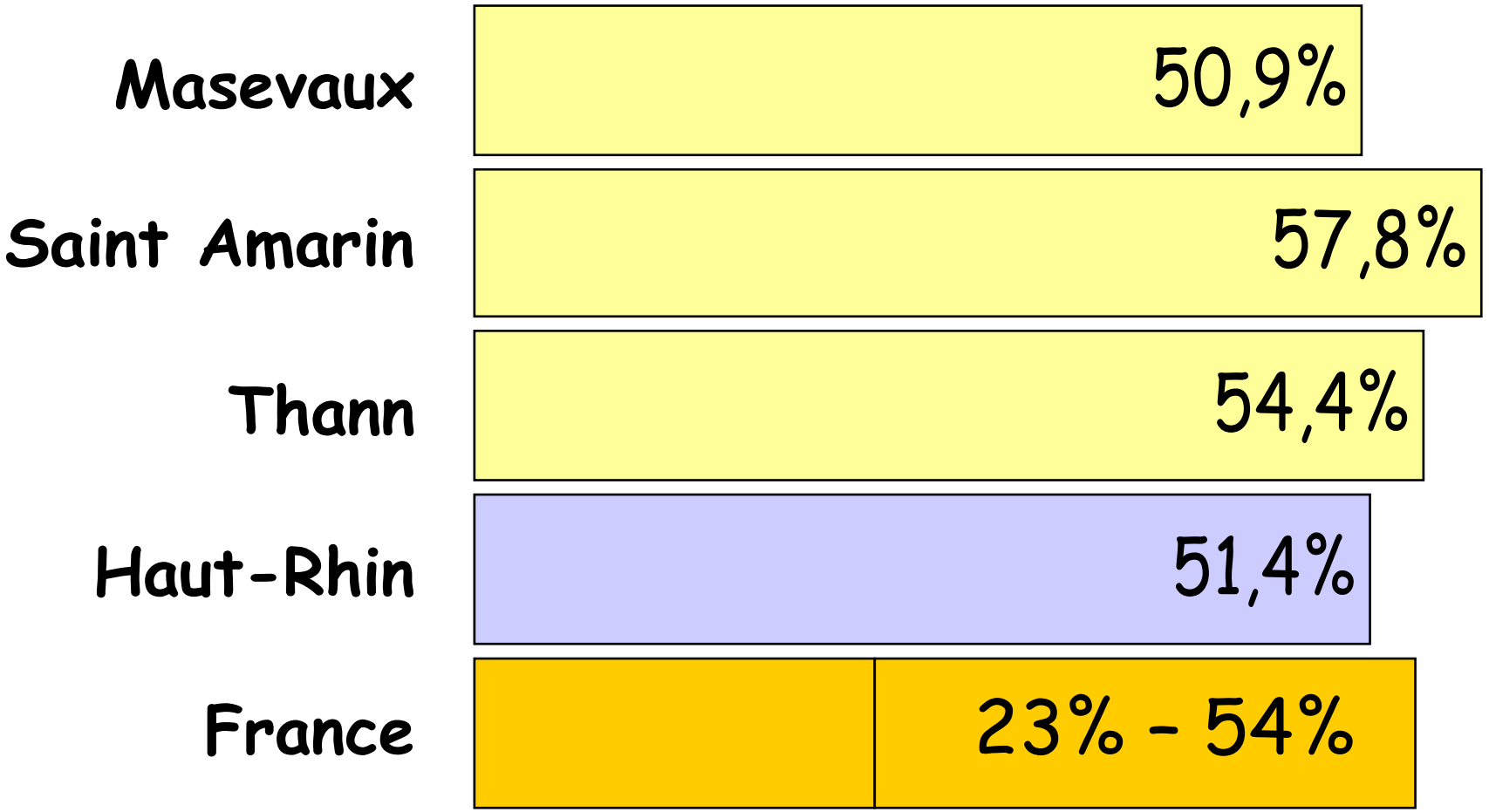
dépistage récent	6.4%
haut risque de CCR	3.1%
maladie grave	0.4%
total exclusions	**10.0%**

participation Haut-Rhin

3 novembre 2005: 86975 tests lus

participation brute	46.2%
exclusions	10.0 %
participation ajustée	51.4 %

participation ajustée



novembre 2005

rendement diagnostique

taux d'Hemoccult +	3.4 %
VPP pour néoplasie	42.2 %
cancer	10.0 %
adénome avancé	20.8 %
adénome	11.4 %

- *VPP = valeur prédictive positive*
- *néoplasie = adénomes et cancers*
- *ad. avancé = villeux ou > 1 cm ou dysplasie haut grade*

novembre 2005

rendement diagnostique

à la date du 3 novembre 2005, la campagne ADECA 68 a permis de

- dépister 237 cancers colorectaux
- et d'en éviter 493

stades des cancers dépistés

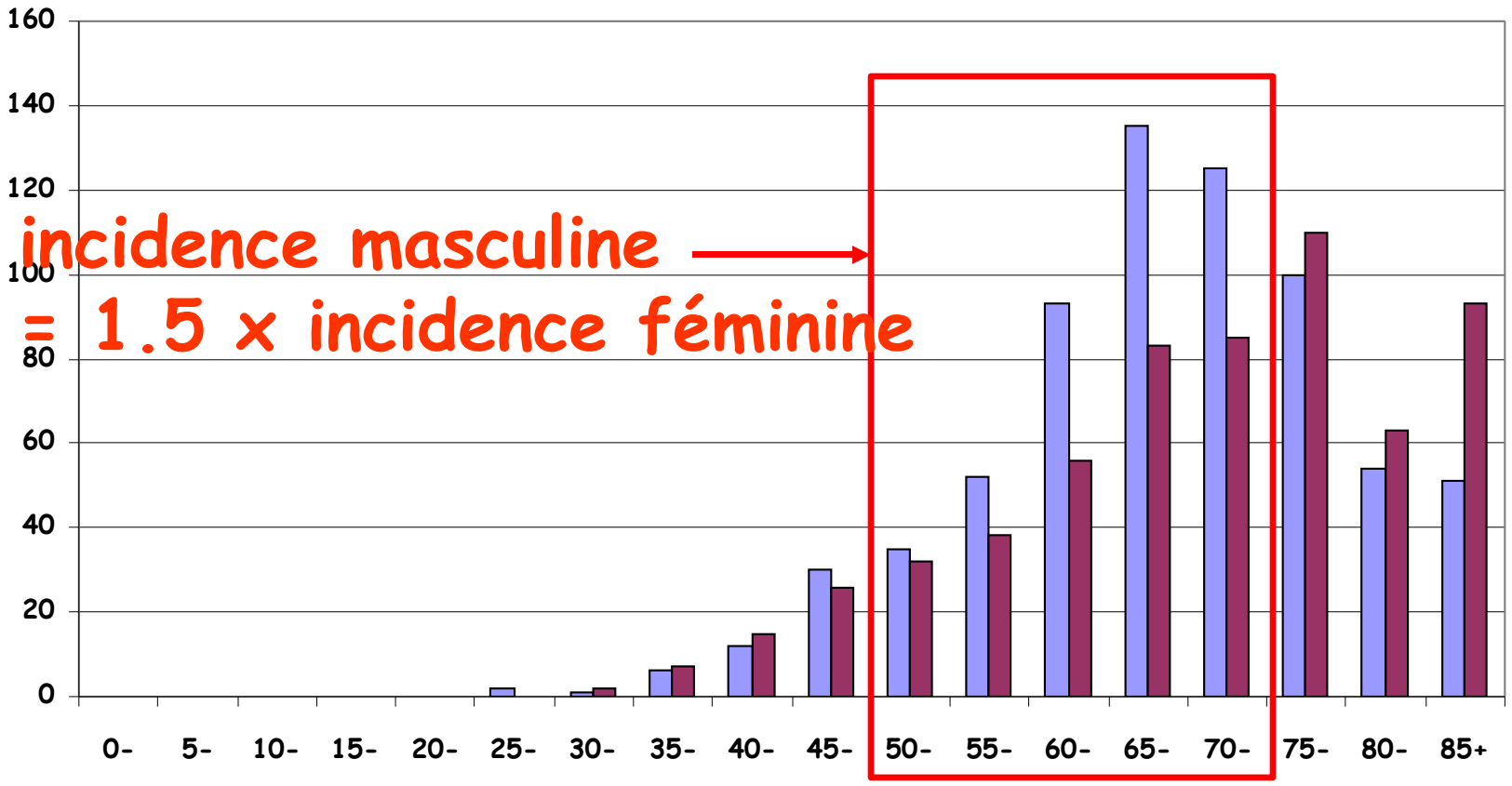
in situ	64 (27%)
invasif	173 (73%)
stade 1 (T1T2N0)	63 (50.8%)
stade 2 (T3T4N0)	28 (22.6%)
stade 3 (TxN1)	25 (20.2%)
stade 4 (M1)	8 (6.5%)
stade inconnu	49

Soit > 80 % de stades localisés

vs < 50 % en l'absence de dépistage

novembre 2005

incidence CCR / âge - sexe / 68



hommes - femmes

novembre 2005

résultats selon le sexe

	hommes	femmes	p
tx d'Hemoccult positifs	3.9%	2.8%	< 0.01
VPP pour néoplasies	51.7%	30.8%	< 0.01
tx néoplasies détectées	16.6 ‰	7.1 ‰	< 0.01
participation ajustée	48.9%	53.7%	< 0.01

- *VPP = valeur prédictive positive*
- *néoplasie = adénomes et cancers*

novembre 2005

résultats selon l'âge

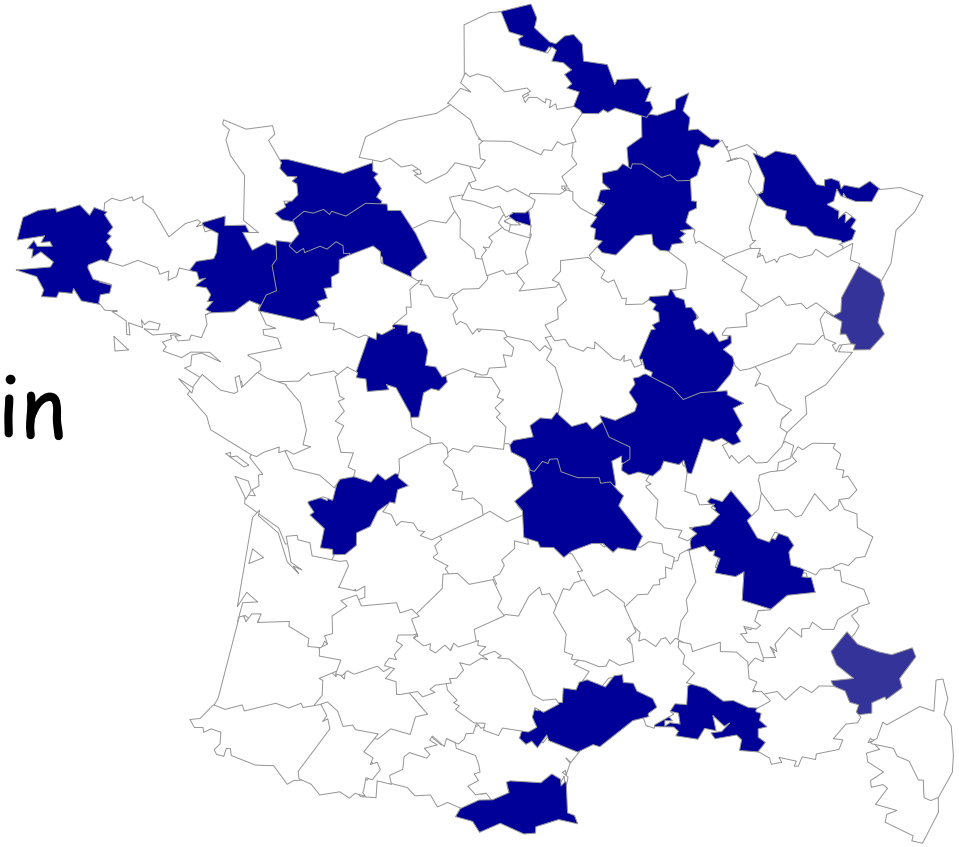
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
participation ajustée %	39.4	51.7	56.9	58	65.8
% Hemoccult positifs	2.5	3	3.6	4	4.4
VPP pour néoplasies %	34	39	40.9	48.3	48
tx cancers détectés ‰	**1**	**2.1**	**2.9**	**3.8**	**4.9**
tx néopl. détectées ‰	6.9	9.6	11.7	15.6	16.3

- ***VPP = valeur prédictive positive***
- ***néoplasie = adénomes et cancers***

novembre 2005

dépistage CCR: quoi de neuf ?

- 23 départements pilotes
- extension Bas-Rhin en 2006
- généralisation nationale en 2007



novembre 2005

dépistage CCR: quoi de neuf ?

- Hemoccult reste la référence
- tests immunochimiques progressent
- essais randomisés recto-sigmoïdoscopie non encore publiés
- coloscopie inadaptée
- coloscopie virtuelle et tests ADN fécaux trop sophistiqués

novembre 2005

rôle du MG – 2è campagne

- actualiser son dossier
- sélectionner le dépistage adapté
- convaincre de refaire le test
- signaler événements indésirables

actualiser son dossier

- renseigner
  - ATCD familiaux de cancer
  - dates et résultats tests dépistage
- outils proposés
  - affiche salle d'attente
  - auto-questionnaires pour les patients
    - spécifique cancer
    - prévention globale

ADECA 68

eve
ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

ADEMAS
La vie devant soi
ASSOCIATION POUR LE DÉPISTAGE DES MALADIES DU SEIN

DEPISTAGE DES CANCERS

Mieux vaut prévenir que guérir…
Soyez acteur de votre santé !

Le risque d'avoir un cancer augmente lorsqu'un parent proche (père, mère, frère, sœur, enfant) a eu un cancer.

Avez-vous un (des) parent(s) atteint(s) de cancer dans votre famille ?

Pour diminuer le risque de cancer du côlon (intestin), ***il est recommandé que les hommes et les femmes de 50 à 74 ans fassent tous les deux ans un test Hemoccult*** *(test qui consiste à prélever un petit échantillon de selles à la maison et de l'analyser au laboratoire pour vérifier s'il contient du sang invisible à l'œil nu).*

De quand date votre dernier test Hemoccult ?

*Pour diminuer le risque de cancer du sein****, il est recommandé que les femmes de 50 à 74 ans fassent une mammographie tous les deux ans*** *(radiographie des seins).*

De quand date votre dernière mammographie ?

Pour diminuer le risque de cancer du col de l'utérus, ***il est recommandé que les femmes de 20 à 65 ans fassent un frottis du col de l'utérus tous les trois ans****.*

De quand date votre dernier frottis ?

PARLEZ EN A VOTRE MEDECIN GENERALISTE

Sécurité sociale l'Assurance Maladie

Assurance Maladie des Professions Indépendantes Caisse maladie régionale d'Alsace

msa santé famille retraite services

Conseil Général Haut-Rhin

sélectionner

- vérifier les critères d'inclusion/exclusion
- renvoyer fiches remplies à ADECA

Critères d'éligibilité : hommes et femmes de *50 à 74 ans*

Exclusion

ATCD personnel

- ☐ Cancer colorectal (CCR)
- ☐ Polype adénomateux
- ☐ Crohn, RCH

ATCD familial

- ☐ CCR 1 parent 1er d° < 60 ans
- ☐ CCR 2 parents 1er d°
- ☐ Lynch, PAF

} Risque élevé de CCR => Exclusion définitive => Coloscopie

- ☐ **Symptômes digestifs récents** => bilan diagnostique approprié
- ☐ **Coloscopie < 5 ans normale** ou polype non adénomateux => exclusion temporaire
  Année de la coloscopie : .....

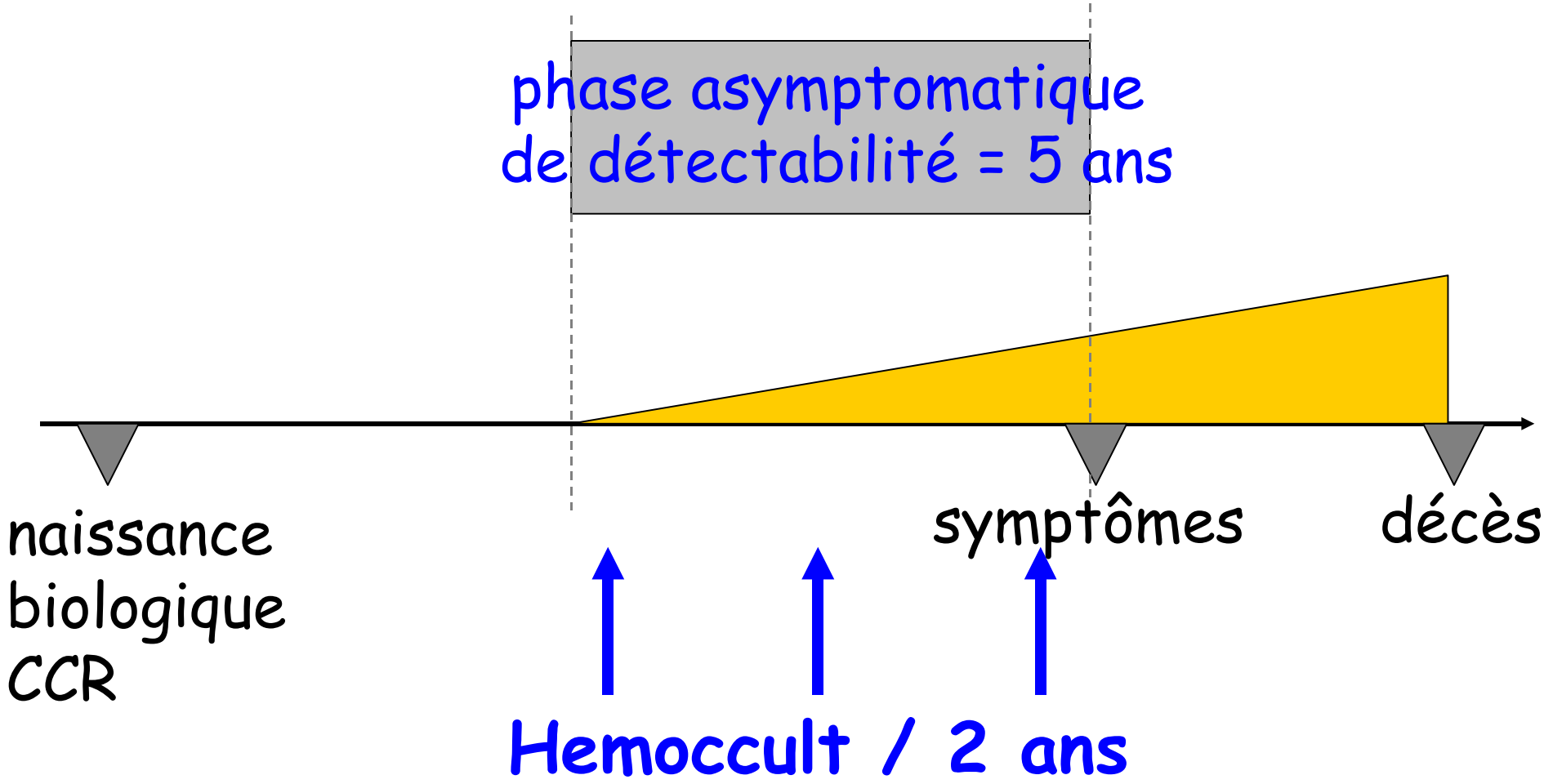
Maladie intercurrente

- ☐ Exclusion temporaire : 2 ans
- ☐ Exclusion définitive

Exclusion

☐ **Refus** ☐ **Test remis**

convaincre de refaire le test



novembre 2005

fiche événement indésirable

Campagne de dépistage du cancer colorectal - ADECA68 – 39 Avenue de la Liberté – 68024 COLMAR Cedex

FICHE EVENEMENT INDESIRABLE (E.I.)

Personne dépistée
Nom : ……
Prénom : ……
Nom de jeune fille : ……
Date de naissance : ……
Adresse : ……
……

Médecin qui signale l'E.I. :
Nom : …… *(tampon)*
Localité : ……

Fiche à renseigner et envoyer à ADECA (enveloppe T) chaque fois que vous avez connaissance d'un événement indésirable en rapport avec la campagne de dépistage du cancer colorectal ADECA 68.
Vous pouvez, le cas échéant, joindre un courrier d'hospitalisation, un compte-rendu opératoire ou autre…

Date de l'E.I. : ……

Description en clair de l'E.I., sa prise en charge et ses conséquences à terme :

Nature de l'E.I. :
- ❑ Angoisse / test Hemoccult positif
- ❑ Complication de coloscopie
- ❑ Complication de chirurgie
- ❑ Acte invasif non justifié
- ❑ Autre : ……

Prise en charge de l'E.I. :
- ❑ Simple consultation
- ❑ Hospitalisation
  - ❑ + de 24 h
  - ❑ - de 24 h
- ❑ Acte invasif (coloscopie,…)
- ❑ Intervention chirurgicale
- ❑ Autre : ……

Conséquences à terme de l'E.I. :
- ❑ Guérison sans séquelle
- ❑ Séquelle/handicap : ……
- ❑ Décès

Mettre une croix dans les cases appropriées

novembre 2005

fiche événement indésirable

FICHE EVENEMENT INDESIRABLE : MODE D'EMPLOI

Le but de la campagne de dépistage est de diminuer la mortalité (et si possible l'incidence) du cancer colorectal. Toute intervention sur la santé peut avoir des effets néfastes qui contre balancent les effets bénéfiques attendus. Le but de ces fiches de déclaration d'Evénement Indésirable est de tenir à jour un registre aussi exhaustif que possible des effets néfastes de la campagne. Déclarez l'Evénement Indésirable même en cas de doute, l'imputabilité sera vérifiée ultérieurement sur dossier complet.

Un Evénement Indésirable (E.I.) est un événement dont la survenue est la conséquence de l'acte de dépistage et qui induit une morbidité propre.

Exemples d'Evénement Indésirable (liste non exhaustive) :

- angoisse / test Hemoccult positif : insomnie, nécessité d'un anxiolytique, tentative de suicide,…
- coloscopie : perforation, hémorragie différée *(une hémorragie pendant la polytectomie dont l'hémostase est assurée par l'endoscopiste n'est pas une complication, une hémorragie différée nécessitant une hémostase endoscopique ou chirurgicale est une complication)*, AVC, infarctus, accident d'anesthésie, endocardite, pneumopathie d'inhalation, …
- chirurgie : abcès de paroi, fistule, hémorragie nécessitant une réintervention,…
- acte invasif non justifié : chirurgie inutile pour suspicion de polype ou de cancer non confirmée,…

Exemples de prises en charge :

- consultation médicale : médecin généraliste, spécialiste,…
- hospitalisation : lieu, durée,…
- transfusion sanguine
- acte invasif : coloscopie
- intervention chirurgicale

Conséquences à terme :

- séquelles/handicaps : éventration, séquelle d'AVC, stomie *(une stomie rendue nécessaire par un cancer du bas rectum n'est pas une séquelle, par contre une stomie conséquence d'une perforation coloscopique en est une)*, …

novembre 2005

site Internet

ouverture imminente…

www.adeca68.fr

novembre 2005

synthèse messages

- grâce aux MG, le dépistage du CCR est un succès dans le Haut-Rhin
- efforts à faire
  - hommes
  - < 60 ans
- Hemoccult reste la référence
- nécessaire répétition Hemoccult / 2 ans
- fiche évènement indésirable

novembre 2005

nous vous écoutons…

- questions
- difficultés
- critiques
- suggestions…

réponses au pré-test

1. un de vos patients a 50 ans: son père a eu un CCR à 70 ans. Vous lui proposez:
   - un test Hemoccult

2. après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle, quand faites vous réaliser le suivant ?
   - 3 ans + tard

3. les cancers du sein sont plus fréquents:
   - après 50 ans

4. en cas d'Hemoccult +, on peut proposer un nouveau test Hemoccult de contrôle avant de réaliser une coloscopie:
   - NON !!!!

réponses au pré-test

5 sur 100 femmes vues en consultation de médecine générale, combien n'ont jamais eu de frottis cervical ?

- 30 %

6 sont exclues du dépistage organisé du cancer du sein les femmes:

- ayant un ATCD personnel de cancer du sein
- de + de 75 ans

7 dans la tranche d'âge 50-74 ans, les CCR sont 50 % + fréquents chez les hommes que chez les femmes ?

- OUI